Ueber

Erkrankungen des Nervensystems

im Anschluss an Influenza.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

bei der

hohen medicinischen Facultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

eingereicht

im Mai 1892

von

Paul Wescher

aus Dortmund.

BONN 1892.

Buchdruckerei Joseph Bach Wwe.

Meiner Mutter

und dem Andenken

meines verstorbenen Vaters

in Dankbarkeit gewidmet.

Meiner Mutter

und dem Andenken

meines verstorbenen Vaters

in Dankbarkeit gewidmet.

Als im Wintersemester 89/90 die Influenza nach 52jährigem Schlummer wieder ihren Rundgang durch die Welt antrat, wurde sie anfangs für eine verhältnismässig harmlose Krankheit angesehen und als solche wenig gefürchtet. Nicht nur in Laienkreisen, sondern auch fast in der ganzen medizinischen Welt stellte man sich nach den Berichten über frühere Epidemieen die Grippe als eine katarrhalische Affektion der Luftwege vor, die für einen gesunden Menschen eine mehr unangenehme als gefährliche Erkrankung bedeute. Um so mehr staunte man, als sich bald die verschiedenartigsten Complicationen entwickelten, die in einer grossen Anzahl das Leben ernstlich gefährdeten. Als eine der häufigsten und schwersten Complikationen erwies sich die Pneumonie, und ihr müssen wir ohne Zweifel die hohe Mortalität zur Zeit der Influenza zuschreiben. Nicht minder verhängnisvoll, jedoch seltener waren die durch die Influenzanoxe hervorgerufenen organischen Hirnerkrankungen; hier sind zu nennen die eitrigen Meningitiden, apoplektischen Herde, hämorrhagische Encephalitis etc. Besonders ungünstig war die Prognose dann, wenn die Infektion zu einem bereits bestehenden Herz- oder Lungenleiden hinzutrat oder sich in einem senilen Körper ansiedelte, indem sie den ohnehin schon geschwächten Patienten noch mehr entkräftete und so eine schnellere Auflösung herbeiführte. Indessen hat

die Influenza auch sonst ganz gesunde Menschen so ausserordentlich geschädigt und heruntergebracht, dass die Gefahren, die aus ihr erwachsen können, jetzt so leicht wohl nicht mehr unterschätzt werden.

Die Frage, ob die Weiterverbreitung der Grippe auf contagiösem Wege oder durch ein Miasma erfolge, hat begreiflicher Weise von Anfang an die Geister beschäftigt und die eifrigsten bakteriologischen Untersuchungen veranlasst. Nichts desto weniger haben wir erst vor ganz kurzer Zeit ein positives Resultat erhalten, welches uns der Beantwortung der Frage wesentlich näher bringt. Im Januar dieses Jahres nämlich erklärten die Dr. Pfeifer[1]) und Kitasato[2]) die spezifischen Krankheitserreger der Influenza gefunden zu haben und beschrieben dieselben als winzig kleine Stäbchen von der Dicke etwa der Mäuseseptikämiebacillen, aber nur der halben Länge derselben. Die besten Präparate erzielt man nach Pfeiffer durch Behandlung mit verdünnter Ziel'scher Lösung und heissem Löffler'schen Methylenblau. Die Fortzüchtung der Influenzabakterien ist nicht leicht, weil die einzelnen Colonieen so ungewöhnlich klein sind, dass sie leicht übersehen werden. Trotzdem hat Kitasato die Reinculturen bis zur zehnten Generation fortzuführen vermocht. Er berichtet in der Gesellschaft der Charité-Aerzte am 7. Januar 1892 als besonders bemerkenswertes folgendes: Auf schräg erstarrtem Glycerinagar präsentieren sich die einzelnen Colonieen als winzig

[1]) Vorläufige Mitteilungen über die Erreger der Influenza von Dr. R. Pfeiffer in Berlin. Deutsche med. Wochenschrift 1892. Nr. 2.

[2]) Ueber den Influenzabacillus und sein Culturverfahren von Dr. S. Kitasato in Berlin. Ebendaselbst.

kleine, in den ersten 24 Stunden nur mit der Lupe erkennbare, wassertröpfchenähnliche Punkte, so dass makroskopisch ein solches Röhrchen kaum von einem sterilen zu unterscheiden ist. Legt man von einer solchen Colonie auf einen neuen Agarnährboden eine Cultur an, so entstehen auf der feuchten Agarfläche massenhaft kleine Colonieen. Besonders auffallend an denselben ist, dass sie stets von einander getrennt bleiben und nicht, wie dies alle übrigen bekannten Bakterienarten thun, zusammenfliessen und eine zusammenhängende Schicht bilden. Es ist dies so charakteristisch, dass man dadurch die Influenzabacillen mit Sicherheit von anderen unterscheiden kann. — Um dieselbe Zeit gelang es auch Dr. Canon,[1]) den von ihm im Blute Influenzakranker entdeckten Bacillus zu züchten. Die Colonieen gleichen nach den Angaben Prof. Koch's durchaus den von Pfeiffer aus dem Sputum gezüchteten. Da ausserdem die aus den Colonieen gewonnenen Reinkulturen dasselbe Aussehen haben, wie es Kitasato beschrieben hat, so ist die Wahrscheinlichkeit, dass wir wirklich den spezifischen Krankheitserreger gefunden haben, ziemlich gross. Bewiesen ist es jedoch noch nicht, weil sich an den mit dem Virus geimpften Tieren wegen der Vielgestalt und Vieldeutigkeit der Influenzasymptome schwer entscheiden lässt, ob sie wirklich an der Grippe erkrankt sind.

Wenn nun auch das innere Wesen der Influenza noch nicht vollständig aufgeklärt ist, so sind uns dagegen die äusseren Erscheinungen derselben durch vielfache Beobachtungen genau bekannt. Man hat dieselben in

[1]) Ueber einen Mikroorganismus im Blute von Influenzakranken von Dr. P. Canon in Berlin. Deutsche med. Wochenschrift. 1892. Nr. 2.

übereinstimmender Weise in drei Formen eingeteilt, in die katarrhalische, gastrische und nervöse Form. Diese Trennung ist alt und schon im vorigen Jahrhundert gemacht worden. Natürlich ist dabei zu bemerken, dass die einzelnen Typen in ganz reiner Form wohl selten beobachtet sind, sondern dass sie häufig combiniert auftreten oder in einander übergehen. Dennoch ist es zweckmässig, um die Symptome klinisch zu trennen, an diesen drei Formen festzuhalten. Alle drei haben das plötzliche Einsetzen der Erkrankung unter Frost und hohem Fieber gemeinsam; letzteres hält 2—3 Tage an, um dann lytisch oder kritisch abzufallen. Ferner ist allen dreien ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl und eine mehr oder minder schleppende Rekonvalescenz eigentümlich. Neben diesen allgemeinen Zügen hat jede Form ihre besonderen Symptome.

Bei der ersten Reihe von Fällen ist der Respirationstraktus ganz oder teilweise katarrhalisch erkrankt, so dass wir je nach der Schwere des Anfalls einen oder mehrere der folgenden entzündlichen Processe vorfinden: Coryza, Angina, Stomatitis, Pharyngitis, Laryngitis, Bronchitis.

Bei der gastrischen Form der Influenza sind, neben katarrhalischen Zuständen der Respirationswege, besonders die Verdauungsorgane beteiligt und führen dadurch zu einem Krankheitsbilde, welches an typhöse Erkrankungen erinnert. Die Symptome sind: Appetitlosigkeit, belegte Zunge, Erbrechen, Dyspepsie, Diarrhöen und Obstipation, Cardialgieen und Koliken.

Die dritte, die nervöse Form, ist charakterisiert durch die krankhaften Erscheinungen von seiten des Nervensystems. Sie beginnt, meist ohne Husten und Schnupfen, mit starkem Fieber, Frost und Kopfschmerzen.

Hierzu gesellen sich sehr bald heftige Kreuz-, Gelenk- und Muskelschmerzen, sowie nicht selten intensive Neuralgieen, die dann die Diagnose unbedingt sicher stellen. Am schnellsten, in wenigen Tagen, verlaufen die Fälle, bei denen das Nervensystem betroffen ist. Längere Dauer haben die Erkrankungen, wo katarrhalische Erscheinungen vorliegen, am hartnäckigsten ist die gastrige Form, weil hier die Anorexie die Rekonvalescenz verzögert.

Wie ausserordentlich verschieden die einzelnen Formen der Grippe sind, haben wir aus der kurzen Skizzierung soeben gesehen. Da nun auch die Intensität der Symptomenkomplexe natürlich eine sehr wechselnde ist, so ist leicht erklärlich, dass man bei einer Epidemie die mannigfaltigsten Krankheitsbilder zu Gesicht bekommen muss. Die Vielgestalt der Influenza wird aber noch bedeutend gesteigert, wenn die Infektion zu einem schon bestehenden Leiden hinzutritt oder durch Lokalisierung ihres Giftes in einem Organ eine Entzündung desselben und damit eine neue Complikation verursacht. Die häufigste dieser Entzündungsformen ist die Pneumonie, darnach Otitis, Meningitis und Nephritis. Ausser den genannten eigentlichen Complikationen jedoch, welche während der Influenza zur Beobachtung gelangten, sind noch andere Krankheitszustände zu verzeichnen, die erst nach der Influenza und zwar in unmittelbarem Anschluss an dieselbe sich entwickelten; man bezeichnet letztere daher zweckmässig als Nachkrankheiten der Influenza. Allerdings muss ich hier einschalten, dass eine prinzipielle Unterscheidung zwischen Complikationen und Nachkrankheiten auf vielfache Schwierigkeiten stösst, da man ja den Zeitpunkt nicht genau bestimmen kann, an dem die primäre Erkrankung erloschen ist. Die

Complikationen resp. die Nachkrankheiten der Influenza bieten infolge ihrer Entwicklung und ihres klinischen Verlaufs manches Neue und Interessante, und zwar am meisten die, welche das Nervensystem betreffen. Ich werde mir daher erlauben, diese einer näheren Besprechung zu unterziehen und zunächst einige in der Litteratur verzeichneten einschlägigen Beobachtungen zusammenstellen. Eine genaue Einteilung derselben vorzunehmen, ist schon deshalb nicht möglich, weil man in den wenigsten Fällen den Ort der Läsion mit Bestimmtheit angeben kann. Ausserdem sind die Erkrankungen der verschiedenen nervösen Apparate nicht selten mit einander combiniert. Ich muss mich daher darauf beschränken, die Reihenfolge der Fälle derart zu gestalten, dass ich erst die schweren organischen Gehirn- und Rückenmarksaffektionen, dann die Funktionsstörungen des Nervensystems ohne erkennbare anatomische Grundlage anführe.

Die unmittelbare Abhängigkeit schwerer anatomischer cerebrospinaler Läsionen vom Grundprocess der Influenza ist im wesentlichen erst seit der Epidemie im Winter 89/90 erkannt, daher stammen die nun folgenden Fälle alle aus jener Zeit oder dem darauffolgenden Winter.

Die jüngste Veröffentlichung über organische Hirnleiden im Gefolge von Influenza rührt her von P. Fürbringer[1]) in Berlin:

1. Fall. A. F., 27-jähriges Dienstmädchen, wird am 23. November 1891 abends in bewusstlosem Zustande in das Krankenhaus Friedrichshain eingeliefert. Soweit die Dienstherrschaft und Angehörigen Auskunft geben

[1]) P. Fürbringer. Zur Kenntniss schwerer organischer Hirnleiden im Gefolge von Influenza. Deutsche med. Wochenschrift 1892. Nr. 3.

können, ist das Mädchen früher stets gesund gewesen. Vor circa $2^1/_2$ Wochen ist sie plötzlich erkrankt, u. a. mitten in der Nacht aufgewacht und hat bemerkt, dass sie kein rechtes Gefühl mehr im rechten Arme hatte, demselben auch die frühere Kraft fehle. Dies muss die nächsten Tage besser geworden sein, da sie ihre Arbeit wieder versehen hatte; doch trat bald Mattigkeit und Appetitlosigkeit in den Vordergrund. Kein auffallendes Fieber, keine deutlichen Zeichen von bronchialer Erkrankung. Zunehmende Schwäche veranlasste ihre Herrschaft, die Kranke zur Erholung zu ihrer Schwester zu schicken, wo sie durch zerstreutes Wesen — sie erzählte manche Sachen zwei- und dreimal hinter einander — auffiel. Am 21. fühlte sich die Reconvalescentin bereits wieder so wohl, dass sie ihrer Dienstpflicht wieder genügen wollte. Doch traten am 22. früh plötzlich Kopfschmerzen, Uebelkeit und grosse Müdigkeit auf, sodass sie kaum im stande gewesen, das Bett zu verlassen. Am nächsten Tage nachmittags klagte sie wieder über die Gefühllosigkeit im rechten Arm, ganz so, wie vor zwei Wochen. Sie legte sich zu Bett, zeigte Andeutung von rechtsseitiger Körperlähmung und wurde benommen. In der Nacht darauf Erbrechen. Am nächsten Morgen Bewusstlosigkeit, Krämpfe am ganzen Körper (Gesicht, Hände, Füsse), die eine Stunde anhielten. Wiederholung derselben am Abend, weshalb sie nach der Anstalt übergeführt wurde.

Befund: Patientin ist ein kräftig gebautes, wohlgenährtes Mädchen, vollkommen bewusstlos, reagiert auf Anrufen nicht mehr, auf Nadelstiche mit schmerzhaftem Verziehen des Gesichts. Letzteres blass, Augen geschlossen. Beim Oeffnen der Lider fällt horizontaler Nystagmus auf. Pupillen mittelweit, reaktionslos.

Zähneknirschen, zuweilen langgezogenes Gähnen. Fortwährende Jactationen mit Neigung zur rechten Seitenlage. Extremitäten bald vollständig schlaff, bald mehr rigid. Patellarreflexe gesteigert. Incontinentia urinae. Harn 1031, eiweiss- und zuckerfrei. Temperatur 37,4; 84 kaum abnorme Pulse. An den inneren Organen sonst nichts bemerkenswertes. Eine Stunde später Zucken der Gesichtsmuskeln und Extremitäten beiderseits. Puls wird voller und langsamer (bis 48). Schnarchende Atmung. Patientin erinnert an eine Chloroformierte. Am nächsten Morgen Wiederholung der Krämpfe. Die Temperatur, welche bis auf 36° gefallen, steigt schnell auf 39°. Die Untersuchung des Augenhintergrundes, während welcher Clonus im Bereiche des rechten Facialis, später des ganzen Körpers auftritt, ergiebt starke Füllung der Netzhautvenen. Spasmus nicticans, Zuckung der Nasenflügel besonders auffallend. Gesicht jetzt gerötet. Die Temperatur steigt mittags auf 40,1°, weiterhin auf 40,8°; Puls zwischen 88 und 100, klein, 36 tiefe regelmässige Respirationen, schlaffe Lähmung der Extremitäten, keine Patellarreflexe mehr. Abends tritt der Tod ein, ohne dass die Kranke zum Bewusstsein gekommen wäre.

Die Sektion ergiebt intakten Klappenapparat des Herzens, sehr intensive eitrige Bronchitis, kleine disseminirte bronchopneumonische Herde. Milz vergrössert, blutreich, weich. Im Bereich des Netzes grössere fleckförmige Hämorrhagieen. Die Schleimhaut des Dünndarms in dessen mittlerem Teile auf eine Strecke von ca. 2 m geschwollen und mit dichten querstreifigen Hämorrhagieen durchsetzt bis diffushämorrhagisch infiltrirt. In einigen Partieen geringere hämorrhagische Fleckung.

Sinus longitudinalis gleich den in ihr einmündenden Venen mit dunkelrotem, festhaftenden, ziemlich derben

Blutgerinnseln thrombosiert, desgleichen die meisten grösseren Piavenen der Convexität. Pia intensiv hyperämisch, von der Hirnoberfläche leicht abziehbar. Im Bereich beider Grosshirnlappen, besonders der beiden Centralwindungen je ein hühnereigrosser hämorrhagischer Herd mit flottierendem, aus Blut und zertrümmerter Hirnsubstanz bestehenden Inhalt. Beide apoplektischen Herde, welche die graue und weisse Substanz einnehmen, sind umgeben von einer mehrere Centimeter breiten, tief ins Marklager dringenden, leicht gelb verfärbten, erweichten, mit zahllosen punktförmigen Hämorrhagieen durchsetzten Zone. Ein kleinerer wallnussgrosser ähnlicher Herd mit geringerem Blutinhalt an der Kante des rechten Occipitallappens. Im übrigen keine bemerkenswerten Veränderungen.

2. Fall. Patient, ein 32-jähriger, früher stets gesunder, nur in der letzten Zeit durch Reizbarkeit auffallender, relativ gut genährter Kaufmann (P. S.) erkrankte am 13. November plötzlich unter Kopf- und besonders Kreuzschmerzen, viel Husten, mässigem Fieber, Dyspepsie, Mattigkeit. Trotz Verordnung der Bettruhe geht er seiner Beschäftigung nach und fühlt sich bereits am 18. November so wohl, dass er abends Caviar, Fleisch und Bier geniesst. Am nächsten Morgen klagt er über grosse Uebelkeit, Erbrechen und Druck in der Magengegend. Der Hausarzt constatiert wieder leichtes Fieber, eingezogenen Leib, grosse Unruhe. Steigerung der letzteren am nächsten Tage, Verschleierung des Sensoriums; Patient fällt aus dem Bett. Am 21. enge, schwach reagierende Pupillen, Nackenstarre. Referent selbst trifft am Nachmittag den Patienten völlig bewusstlos, sich wild im Bette umherwerfend, an. Jagende nasale Athmung. Incoordination der Augenbewegungen.

Urin geht ins Bett. Diffuse bronchitische Geräusche. Eine genauere Untersuchung ist unmöglich, da die Umgebung kaum im stande ist, den Kranken zu halten. Er wird deshalb ungesäumt mit der Diagnose „Meningitis“ in das Krankenhaus Friedrichshain gebracht, wo er im Coma ankommt. Die Bulbi divergieren in den verschiedensten Richtungen, die Pupillen reagieren träge auf Licht. Der Augenhintergrund bietet nicht besonderes. Ziemlich lebhafte Patellarreflexe. Langsamer Druckpuls (76). Temperatur bei der Aufnahme 36°, einige Stunden später 38,9°. Sehr vertiefte, durch die Nase schlürfende Respiration (16). Anhaltende grosse Unruhe bald der einen, bald der anderen Extremität, durch Morphium vorübergehend beruhigt. Stuhl und Urin ins Bett. 22. November: hohes Fieber (bis 40°), kleiner frequenter Puls. Kampfer ohne sichtbaren Erfolg. Coma hält an. Pupillenreflex auf Licht fast erloschen, Abend Temperatur 40,6°; 56 Respirationen, Lungenödem, Tod. Bei der Autopsie wird als höchst überraschender Hirnbefund eine hämorrhagische Encephalitis von ganz ungewöhnlicher Ex- und Intensität angetroffen, die qualitativ derjenigen des ersten Falles entspricht, nur dass die Blutextravasate fehlten. Es zeigt sich nämlich fast das ganze Gebiet der grossen Centralganglien beiderseits weicher als normal, teils diffus, teils fleckig gelblich und, besonders im Bereich der weissen Substanz, mit zahlreichen punkt- und strichförmigen Hämorrhagieen durchsetzt. Kleinere gleichartig beschaffene Herde im Bereich der Hirnschenkel, der Kleinhirnhemisphären und der Pons. Herz intakt. In den Unterlappen beider Lungen grössere und kleinere Bronchoherde. Blutreiche Milz. An den übrigen Organen nichts besonderes.

Die Influenzanatur dieser beiden Fälle wird wohl

kaum jemand anzweifeln, da sie vollständig denjenigen gleichen, die von Leichtenstern und Senator-Virchow beobachtet und seciert sind. Was sollte es übrigens auch anderes sein? Man stelle sich nur vor, dass zur Zeit einer Influenzaepidemie zwei junge blühende, vordem stets gesunde Individuen plötzlich erkranken und die Sektion die Zeichen einer akuten Infektionskrankheit zu tage fördert! Wäre es da nicht müssig, an unbekannte Infektionskrankheiten oder gar latente Syphilis und dergleichen zu denken? Auffallend ist der beiden Fällen gemeinsame hämorrhagische Charakter der Gehirnerweichung. Man muss sich dies erklären durch die allgemein bekannte Neigung der Influenza zu hämorrhagischen Processen überhaupt. Während nämlich bei anderen Infektionskrankheiten das schädliche Agens in den befallenen Organen wirkliche Entzündung veranlasst, besteht die Eigentümlichkeit der Influenzanoxe darin, hochgradige Hyperämieen und Hämorrhagieen hervorzurufen. Wir finden dieselben daher auch bei dem folgenden Falle Fürbringer's, der eine tötliche eitrige Meningitis darstellt.

3. Fall. Am 29. November 1891 wird die 50-jährige Arbeitersfrau B. in moribundem Zustand in die Anstalt eingeliefert. Die gracil gebaute, mittelgut genährte, früher gesunde Patientin, welche immer kräftig gearbeitet hat, erkrankte 2 Wochen vorher nach den Angaben ihrer Angehörigen an Fieber, Husten, Kopf-, Hals- und Leibschmerzen mit Appetitlosigkeit und Durchfall, bedeutender Mattigkeit in den Gliedern. Nach einigen Tagen Schmerzen im linken Unterschenkel. Weiterhin Anschwellung des linken Oberarmes. In den letzten Tagen Schlaflosigkeit, Unruhe, Benommenheit, Bettflucht, lautes Aufschreien, Hallucinationen.

Bei der Aufnahme mittleres Fieber, kein Puls, ängstlicher Blick, reaktionslose Pupille, trockene Lippen, borkige Zunge. Die unteren Extremitäten sind an den Leib herangezogen und rigid. Bei Streckungsversuchen heftige Schmerzäusserung. Stuhl diarrhoisch, gleich dem eiweisshaltigen 1031 schweren Urin ins Bett. Weicher Leib. Ab und zu lauter Aufschrei. Beide Oberarme in toto geschwollen, blassrot ohne deutliche Grenzen, stellenweise bläulich angelaufen, fühlen sich teigig an. Reichliches Rasseln über den unteren Lungenpartieen. Ungeachtet stärkster Reizmittel exitus in 6 Stunden.

Sektion: beide Oberarme geschwollen, Epidermis stellenweise in Fetzen abgelöst, Corium braunrot imbibiert. Die darunter liegenden Muskeln dunkelrot, blutig infarciert, leicht zerreisslich bis matsch. Keine Spur von Eiter. Weder Embolie noch Thromben in den Gefässen. Leptomeninx der Convexität links hinter der Centralwindung handtellergross eitrig infiltriert. Dicke Eiterstrassen längs der Gefässe. Das Exsudat leicht ablösbar. Keine eitrige Otitis. Am Gehirn selbst nichts bemerkenswertes. Eitrige Bronchitis. Milz gross, hyperämisch, fast matsch. Nieren von kleinen Hämorrhagieen durchsetzt. Sonst keine erwähnenswerte Anomalie.

Diese eitrigen Meningitiden gehören übrigens zu den häufigsten Complicationen der Influenza. Dies beweisen die Beobachtungen von Arzél, Huysmann, und Maillart[1]). Auch Revilliod[2]) hat einen hierher gehörigen Fall veröffentlicht:

[1]) citiert nach Fürbringer. Deutsche med. Wochenschrift. 1892. Nr. 3.

[2]) L. Revilliod, Des formes nerveuses de la grippe. Revue méd. de la Suisse rom. X. 3. pag. 145. 1890.

4. Fall. Eine 60jährige Frau hatte eine Pneumonie überstanden und befand sich vollkommen fieberlos mit eingetrocknetem Herpes in der Rekonvalescenz. Plötzlich verfiel sie in einen komatösen Zustand und starb am 21. Krankheitstage. Die Sektion ergab eine ausgebreitete eitrige Meningitis und eitrigen Erguss in die Ventrikel.

Derselbe Autor berichtet über zwei andere Fälle von schwerer celebraler Störung wie folgt:

5. Fall. In einer Familie, in der 5 Glieder an Influenza darniederlagen, erkrankte die Bonne plötzlich mit heftigem Erbrechen, Cardialgie, Muskelkrämpfen, Zähneknirschen und Delirien. Nach 2 Tagen wurde sie soporös und starb am folgenden Morgen. Die Autopsie ergab: Grosse, zerfliessliche Milz, trübe Schwellung der Organe, Ekchymosen in Lunge, Darm und Endocardium und einen Erweichungsheerd im rechten Lappen des Kleinhirns mit fettiger Entartung der Cerebralarterien, während das Grosshirn normal war.

6. Fall. Eine Frau von 30 Jahren erkrankte Mitte December an nervöser Grippe. Zu Weihnachten länger dauernde Ohnmacht. Von diesem Tage an unstillbares Erbrechen, Bluthusten und unaufhörliche Menorrhagieen. Zugleich heftige Kopf- und Gliederschmerzen, Neuralgieen und Erstickungsanfälle. Am 9. Januar fand man grösste Hinfälligkeit, sehr erschwerte skandierende Sprache. Bei jedem Versuch zur Bewegung Schwindel und Ohnmachtsanwandlung, zuweilen mit Bewusstlosigkeit. Der Kopf hing nach links und wurde rythmisch in horizontaler Richtung hin und herbewegt. In der Nacht Delirien und Fluchtversuche, während am Tage das Bett nicht verlassen werden konnte.

Die anatomische Ursache für das letztgeschilderte Krankheitsbild ist jedenfalls nicht allein im Cerebrum zu suchen, es müssen auch noch andere Teile des Nervensystems erkrankt sein, welche Teile dies sind, ist indessen schwer zu sagen.

Sehr interessant ist der von Erlenmeyer[1]) beobachtete und als „Jackson'sche Epilepsie" bezeichnete Fall, weil man hier eine bestimmte, durch die Influenza gesetzte Schädlichkeit als Ursache anschuldigen kann.

7. Fall. Ein 25jähriger Arzt, früher völlig gesund, weder luetisch noch Potator, erkrankte am 5. Januar an schwerer nervös-gastrischer Grippe. Am 1. Februar mittags plötzlich Einschlafen des linken Armes mit leichten Zuckungen im Vorderarm, Ohnmacht und Fallen vom Stuhl nach rechts hinunter. Nach 2—3 Minuten Rückkehr des Bewusstseins. Erbrechen. Auf Stirn, Gesicht, Brust und Nacken zeigte sich eine intensive fleckige Röte. Auf der Zunge und den beiden Augenlidern waren diese Flecken deutlich hämorrhagisch infiltriert. 2 Tage später fand Patient auch kleinlinsengrosse Blutungen in der Conjunktiva bulbi beiderseits. Letztere verschwanden unter Blutfarbstoffveränderung. Nach dem Anfalle lag Patient 5 Tage zu Bett, war vollkommen schlaflos, hatte Kopfschmerzen und Aufstossen.

Am 8. Februar auf einem Spaziergang zweiter Anfall von Zuckungen in Arm und Schulter linkerseits ohne Bewusstseinsstörung. Wieder Erbrechen, welches sich an den beiden nächsten Tagen wiederholte. Facialis und Sprache blieben intakt. Mehrtägiges Gefühl grosser Ermüdung, dann Wohlbefinden. Eine Untersuchung am

[1]) A. Erlenmeyer. Jackson'sche Epilepsie nach Influenza. Berliner klin. Wochenschrift 1890. Nr. 13.

20. Februar ergab völlig normale Verhältnisse des Nervensystems.

Mit Recht wohl macht Erlenmeyer für solche Erscheinungen eine Hämorrhagie in das Rindencentrum des linken Armes verantwortlich und stützt seine Diagnose auf die zu gleicher Zeit auftretenden Blutungen in die Conjunktiva bulbi.

Mit diesen 7 Fällen ist die Zahl der Veröffentlichungen über schwere cerebrale und cerebrospinale Affektionen keineswegs erschöpft, doch ich muss auf eine genauere Besprechung der übrigen wegen Mangels an Raum leider verzichten. Ich erwähne nur kurz folgende Beobachtungen:

F. Müller[1]) (Meningitis cerebrospinalis); Leichtenstern[2]) (Mono- und Hemiplegieen); Leyden[3]) (Coma, Genickstarre, Heilung); Bilhaut[4]) (Rindenepilepsie); Eichhorst[5]) (Monoparesie, später Aphasie). Besonders hervorgehoben seien auch die Mitteilungen von Kohts[6]), bei denen es sich um organische Hirnkrankheiten (Meningitis und Hemiplegie) im frühesten Kindesalter handelt.

Die eigentlichen isolierten Rückenmarkserkrankungen im Anschluss an Influenza sind seltener, ich konnte

[1]) Fr. Müller. Ueber cerebrale Störungen nach Influenza. Berl. klin. Wochenschr. 1890 Nr. 37.

[2]) Leichtenstern. Influenza apoplectica. Deutsche med. Wochenschr. 1890. Nr. 23.

[3]) Leyden. citiert nach Fürbringer. Deutsche med. Wochenschrift 1892. Nr. 3.

[4]) Bilhaut. Complications cerebrospinales de la grippe. Bull. de Thér. LIX 11. 1890.

[5]) H. Eichhorst. Ueber Influenza. Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte. XX. 4. 1890.

[6]) Kohts. Ueber Paralysen und Pseudoparalysen im Kindesalter nach Influenza. Sonderabzug der therapeutischen Monatshefte.

trotz eifriger Durchforschung der Litteratur nur folgende zwei Fälle eruieren:

8. Fall. H., Anna Marie, 8 Jahre alt. Patientin ist in keiner Weise hereditär belastet, bisher stets gesund gewesen.

Anfangs Februar bekam sie die Influenza; heftige Neuralgieen und Kopfschmerzen. 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung (Patientin kränkelte noch immer) fiel den Eltern Lähmung beider Beine auf. Während sie bestehen bleibt, bessert sich das Allgemeinbefinden. Beim Liegen kann die Patientin die Beine nur sehr wenig bewegen. Beim Versuch zu stehen, der auch mit starker Unterstützung nicht gelingt, soll sie Schmerzen in Fussohle, Fussrücken und im Fussgelenk haben. Es fehlen Urin- und Stuhlbeschwerden.

Status: 30. April 1890. Innere und äussere Augenmuskeln, Facialisgebiet frei. Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach links ab.

An den oberen Extremitäten verstärkte Tricepssehnenreflexe, sowie solche an den proc. styl. radii et ulnae. Wirbelsäule gerade, nirgends schmerzhaft. Muskulatur der unteren Extremitäten etwas derber als normal. Beim Liegen kann Patientin beide Beine im Hüftgelenk bis zu einem Winkel von 45° erheben, aber nicht gestreckt, sondern nur so, dass die Unterschenkel auf der Unterlage schleifen. Die aktive Beugung in den Kniegelenken geschieht ebenso wie die Bewegungen im Fussgelenk langsam und ungeschickt, aber in normaler Weise. Gehen kann die Patientin gar nicht. Beim Versuch, passive Bewegungen auszuführen, fühlt man links in den unteren Extremitäten sehr heftige Spasmen, so dass nur geringe Excursionen möglich sind, rechts sind passive Bewegungen fast gar nicht ausführbar. Beim

Beklopfen der Patellarsehnen gerathen die Beine in klonische Zuckungen. Hebt man die Patientin unter beiden Armen in die Höhe, so hängen die Beine nicht gerade herab, sondern sind im Hüftgelenk im Winkel von etwa 135° flektiert. Das linke Bein steht etwas höher als das rechte, das linke Knie etwas vor und oberhalb des rechten, Beide Beine sind etwas adduciert, das linke nach innen rotiert, die grosse Zehe des rechten gesenkt. An den Gelenken der unteren Extremitäten nichts auffallendes. Keine Störung der Sensibilität, keine Schmerzhaftigkeit und Schwellung der peripheren Nerven. Innere Organe normal. Keine Störungen von seiten der Blase und des Mastdarms.

Im weiteren Verlaufe fallen heftige klonische Zuckungen der unteren Extremitäten auf.

Benno Herzog[1]), der Beobachter des vorliegenden Krankheitsbildes, führt die Symptome auf eine disseminirte Myelitis, die zunächst unter dem Bilde der sogenannten spastischen Spinalparalyse auftritt, zurück. Hiervon weicht sie nur durch das zeitweise Auftreten von Schmerzen in den Füssen ab, sodass ausserdem wohl noch die Meningen ergriffen sein müssen.

Der 9. Fall rührt von Revilliod her:

Ein junges Mädchen, welches während eines Influenza-Anfalles eine leichte Schwäche der Beine gehabt hatte, zeigte bei einem Rückfall eine vollkommene Paraplegie mit den Erscheinungen der spastischen Spinallähmung. Sehr langsame Besserung.

Dieser bunten Fülle von Mitteilungen über organische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks steht eine gleich grosse Summe von Berichterstattungen

[1]) Benno Herzog. Ueber Rückenmarkserkrankungen nach Influenza. Berl. klin. Wochenschr. 1890. Nr. 35.

über Funktionsstörungen des Nervensystems ohne erkennbare anatomische Ursache gegenüber.

An erster Stelle führe ich hier den Bericht von Helfer[1]) über Abasie-Astasie nach Influenza an.

10. Fall. Ein 10jähriges Mädchen, welches im Anfang Mai zu dem Referenten gebracht wurde, war im Januar an Grippe erkrankt und hatte, als sie wieder aufstehen sollte, sich nicht aufrecht halten können. Seitdem hatte das Kind dauernd zu Bett gelegen. Die Mutter trug die Kleine auf dem Rücken, während diese die Hände um den Hals jener geschlungen hatte und mit den Beinen fest die Hüften der Mutter umklammerte. Wenn man das Kind im Liegen untersuchte, war an ihm ausser einer Empfindlichkeit der oberen Brustwirbel nichts Krankhaftes zu finden. Motilität, Sensibilität, Reflexe normal. Stellte man aber das Kind auf die Füsse, so knickte es ohne Weiteres zusammen. Nach 8 Tagen konnte es wieder mit Unterstützung stehen, nach 14 Tagen sich an den Möbeln festhaltend umhergehen, nach 3 Wochen an einem Stocke gehen, nach 4 Wochen war es ganz hergestellt.

Verhängnissvoller gestaltete sich ein von H. Eichhorst im Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte mitgeteilter Krankheitsfall:

11. Fall. Ein kräftig gebauter gesunder Arzt von 40 Jahren bekam in der Rekonvalescenz der Influenza, 14 Tage nach Beginn der Krankheit, ganz plötzlich die schrecklichsten Schmerzen in beiden Beinen zugleich mit vollständiger Gefühllosigkeit derselben. Die Füsse und die Unterschenkel bis zur Mitte wurden blau-

[1]) Fr. Helfer. Schmidts Jahrbücher Band 227 p. 27 und Band 226 pag. 112.

schwarz, kühl und vollkommen anästhetisch. Da eine Operation abgelehnt wurde, erfolgte der exitus sehr bald.

Dass wir es hier mit nervösen Einflüssen und nicht etwa mit Embolisierung zu thun haben, beweist die symmetrische Gangrän.

Die Symptome einer Neuritis multiplex bietet die folgende Complikation der Influenza dar, die einem Referate Westphalen's[1]) in der Petersburger medizinischen Wochenschrift entstammt.

12. Fall. Ein 29jähriger Cirkusdirektor erkrankte am siebenten Tage nach einer leichten Grippe mit allgemeinem Kältegefühl, Kriebeln und Taubsein in den Fingern und Zehenspitzen. Etwa eine Woche später gesellte sich Schwäche in den Beinen und Armen und subjektives Schwindelgefühl und Erschwerung des Schluckens hinzu. Lues und Alkoholismus waren auszuschliessen. Bei der Untersuchung wurde nur über die erwähnten Parästhesieen, nicht über Schmerzen geklagt. Die Kraft der Arme, besonders des rechten war auffallend herabgesetzt. Faradische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven normal. Keine auffallende Sensibilitätsstörung, Blase und Mastdarm normal, Pupille ohne Anomalie. Anscheinend leichte Parese des rechten Facialis, mässige Deglutitionsbeschwerden. Unter Anwendung von Bädern und Elektricität Heilung in ungefähr 4 Wochen, doch fehlten die Patellarreflexe noch ein volles viertel Jahr später.

Interessant ist die von C. F. Williamson[2]) beobachtete Alopecia areata, weil sie sich auch in der von

[1]) H. Westphalen. Neuritis multiplex nach Influenza. Petersb. med. Wochenschr. XV. 21 1890.

[2]) C. F. Williamson. Alopecia areata following influenza. Lancet June 7. 1890. p. 1239.

mir am Schlusse der Arbeit neu mitzuteilenden nervösen Nachkrankheit vorfindet.

13. Fall. Eine 35jährige Witwe machte Ende Januar 1890 und Mitte März Influenza durch. Sie hatte schon vom ersten Anfall her heftige Kopfschmerzen behalten. Nach dem zweiten Anfalle gingen die Haare stark aus und es entwickelten sich, entsprechend den Bezirken der Supraorbital- und Occipitalnerven kahle Stellen nach Art der Alopecia areata. Später Nachlass der Kopfschmerzen und Neubildung von Haaren.

Auch die nervösen Apparate des Herzens hat die Influenza nicht geschont. Die Tachycardie ist verhältnismässig oft gesehen worden, so beschreibt z. B. P. Guttmann einen Fall, wo die Pulsfrequenz ununterbrochen 4—5 Tage lang 140 betrug. Die Bradycardie trat nur vereinzelt auf, in einem Falle war der Puls auf 44 in der Minute verlangsamt. Röhring[1]) hat bei 239 Soldaten, die Influenza gehabt hatten, dreimal zurückbleibende Herzpalpitionen constatiert, auch berichtet er über Angina pectoris nach Influenza:

14. Fall. Ein 33jähriger Feldwebel, der früher stets gesund war, bekam nach der Grippe stenocardische Anfälle mit Erweiterung des rechten Herzens. Beständige Schmerzen in der linken Brusthälfte, welche in den linken Arm ausstrahlten. Allgemeine Schwäche und Verstimmung.

Wm. Draper[2]) führt unter den Nachkrankheiten nach Influenza einen Fall von peripherischer Neuritis des linken Radialis und Medianus auf mit Lähmung und

[1]) Röhring. Nervöses Herzklopfen nach Influenza. Neurol. Centr.-Blatt IX. 11. 1890.

[2]) Wm. Draper. The complications and sequelae of influenza. New-York med. Record. XXXVII. 9. p. 239. 1890.

starker Atrophie der entsprechenden Muskeln; paretische Zustände in den Armen und Beinen mit Neuralgien, aber ohne Atrophie sah er häufig.

Zuletzt will ich nicht unerwähnt lassen, dass die Grippe die verschiedenartigsten Augenerkrankungen hervorgerufen hat.[1]) Die uns hier interessierenden sind die Akkomodationsparesen nnd die Neuritiden des opticus, letztere waren mit mehr oder weniger Atrophie der der Papille verbunden.

Die vorliegende Zusammenstellung hat die relative Häufigkeit und ausserordentliche Mannigfaltigkeit der nervösen Erkrankungen nach Influenza in erschöpfender Weise, hoffe ich, dargethan. Auch halte ich es nach den vorhergehenden Deductionen und Berichten für überflüssig, über die Gefährlichkeit und Heimtücke der Grippe noch etwas hinzuzufügen und wende mich daher direkt zur Besprechung eines in der Litteratur noch nicht mitgeteilten Krankheitsfalles im Sinne des Titelthemas. Derselbe wurde im Jahre 1890 von Herrn Prof. H. Leo in Berlin beobachtet und mir in gütiger Weise zur Veröffentlichung überlassen.

Krankengeschichte.

M. S. aus Berlin, 21 Jahre alt, Seminarist.

Anamnese: Patient ist hereditär neuropathisch belastet, indem Grossvater und Vater an schweren Neuralgieen leiden und die Mutter über Nervosität und anhaltende Schlaflosigkeit klagt. In seiner Kindheit hat er folgende Krankheiten durchgemacht: Masern, Scharlach, Nesselfieber, gastrisches Fieber und Keuchhusten. Darnach war er lange Zeit gesund, bis vor drei Jahren sich eine Interkostalneuralgie einstellte. Ausser-

[1]) Bergmeister. Ueber die Beziehungen der Influenza zum Sehorgan. Wiener klin. Wochenschr. 1890. N. 11.

dem hat sich bei ihm seit mehreren Jahren Reizbarkeit und unmotivierter Stimmungswechsel gezeigt. Dabei gab er sich besonders leicht traurigen Gedanken hin und liebte die Einsamkeit. Onanie wird geleugnet. — Am 10. Januar 1890 erkrankte S. an der in der Stadt und im Seminar epidemisch auftretenden Grippe. Er klagte über Mattigkeit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, nahm aber noch 8 Tage lang am Unterricht teil. Darnach begann er stark zu fiebern und litt an heftigem rechtsseitigem Kopfschmerz, schmerzhaftem Ziehen über dem rechten Auge und am rechten Os temporale. Diese einseitigen Neuralgieen waren so stark, dass er wiederholt vor Schmerzen ohnmächtig wurde. Die Erkrankung der Respirationswege zeigte der nun auftretende trockene Husten an, der indessen nur etliche Tage anhielt. Am 26. Januar war der rechte Augapfel rot entzündet, ebenso das Augenlid stark geschwollen und gerötet; um dieselbe Zeit trat eine Amblyopie des rechten Auges ein, Patient bemerkte nämlich, dass er mit dem rechten Auge vorbeigehende Personen nur als dunkleren Schatten wahrnahm. Das Allgemeinbefinden hatte durch die Appetitlosigkeit, Schmerzen und Schlaflosigkeit stark gelitten. Der Kranke war bedeutend abgemagert, sehr schwach und matt, hatte beim Aufrichten Schwindelgefühl, Brechreiz und starkes Herzklopfen. Ausserdem klagte er jetzt über heftige Stiche, die nach seiner Beschreibung in der Mitte der Wirbelsäule begannen, dann an den linksseitigen Rippen entlang gehend, die Herzgegend erreichten und von dort zum Schulterblatt ausstrahlten. Am 1. Februar traten folgende Erscheinungen hinzu: Taubheit des rechten Ohres, heftiges Ohrenreissen, vollständige Unfähigkeit zu sehen auf dem rechten Auge und Reaktionslosigkeit der rechten Pupille. Doch wurde

der Appetit nun wieder besser und der Kranke erholte sich allmählich, auch machte sich eine mässige Abnahme der Gesichtsstörung des rechten Auges bemerkbar; die Schlaflosigkeit und die beschriebenen Stiche und Brustschmerzen blieben bestehen. Die Besserung hielt indessen nicht lange an, Patient bekam nämlich am 16. Februar einen erneuten Influenzaanfall. Die Temperatur stieg wieder auf 40 ° C., Kopfschmerzen und Bruststiche traten mit stärkerer Heftigkeit auf, ausserdem waren beide Conjunktiven entzündet und das rechte Auge vollständig erblindet. Ein Versuch, trotz der Schwäche und Schmerzen dem Unterrichte beizuwohnen, schlug fehl, da er nach einer halben Stunde ohnmächtig wieder zu Bett gebracht werden musste. Die ganze Schwere der Erkrankung des Nervensystems zeigte sich am 19. Februar. Ich lasse eine Schilderung dieses Tages folgen nach den Angaben der Umgebung und der Angehörigen. Patient hatte sich früh erhoben und versuchte trotz Schwindel und Kopfschmerzen zu arbeiten, befand sich bis $8^1/_4$ Uhr morgens ziemlich wohl, von diesem Zeitpunkte an fehlt ihm jede Erinnerung an die Vorgänge dieses Tages. Um 9 Uhr fand ihn ein Seminarist am Boden liegen neben dem umgefallenen Stuhle mit bleichem Gesicht und vollständiger Bewusstlosigkeit; er legte seinen Collegen aufs Bett und entfernte sich, um die nötige Hülfe zu holen. Als er zurückkehrte, war S. aus dem Bette herausgefallen und schlug mit dem Kopfe beständig heftig gegen die eiserne Bettstelle. Bald wurden die Krämpfe allgemeine, der Körper hob sich convulsivisch, die Hände waren zur Faust geballt, die Beine bis zum Kinn angezogen, die Augen mit stierem Blick geöffnet. Diese Krämpfe hielten mit Unterbrechung von jedesmal 2—3 Minuten bis zum Mittag an, dann wurde S. ruhiger, lag

aber bis abends $8^1/_2$ Uhr bewusstlos. Die Nacht verlief nach Darreichung eines Narkotikums gut. Am andern Tage klagte Patient über schmerzhaftes Ziehen in den Muskeln und Schmerzen in allen Gelenken, der rechte Arm war mit heftigem, weite Excursionen machendem Tremor behaftet, bei Bewegungen des Kopfes entstanden Zuckungen und Krampf in den Halsmuskeln. Gegen Abend trat Brechreiz ein und schwacher einmaliger einige Minuten dauernder Krampfzustand mit vorhergehender Aura mit Bewusstlosigkeit und Contrakturen der Arme und Beine. Doch mit dem Ausbruch der Krämpfe war endlich der Höhepunkt der Krankheit erreicht, denn von nun an traten keine neuen Symptome mehr auf, Kräfte und Körpergewicht nahmen zu, Appetit und Schlaf waren gut, sodass Patient Mitte März nach Berlin zu seinen Eltern gebracht werden konnte, zwar noch sehr schwach und mit Tremor an allen 4 Extremitäten behaftet, aber doch entschieden auf dem Wege der Besserung. Zu dieser Zeit kam er in die Behandlung von Herrn Prof. Leo.

Status praesens: am 27. März 1890.

Gut gebautes Individuum. Panniculus adiposus und Muskulatur mässig, doch besteht keine eigentliche Abmagerung. Colorit der Haut und Schleimhäute normal. Keine Drüsenschwellungen. Herzaktion 100 Schläge, Töne laut, Grenzen normal. Lungen gesund, ebenso die Abdominalorgane. Der Urin ist von Zucker und Eiweiss frei. Reaktion der Pupillen etwas verlangsamt. Keine Lähmungen der Bulbusmuskeln. Niemals Störungen der Defäkation und Urinsekretion. Patient ist nicht imstande, sich aufrecht zu erhalten. Er kann nur gehen bei kräftiger Unterstützung. Allgemeiner heftiger Tremor, der besonders bei Gehversuchen sich steigert und in ein

förmliches Schmeissen der Beine ausartet. Auf dem behaarten Kopfe und im Gesicht fallen einzelne kreisrunde Flecken auf, an denen die Haare vollständig fehlen.

Cirkumferenz der Extremitäten:

Oberarm rechts $27^1/_2$ cm, links $26^1/_2$ cm.

Unterarm rechts $27^1/_2$ cm, links $26^1/_2$ cm.

Wade rechts $32^1/_2$ cm, links $32^1/_2$ cm.

Obere Extremitäten.

Motilität:

Deutliche ruckweise auftretende Zitterbewegung des ganzen rechten, weniger des linken Armes. Der Widerstand der mm. biceps und triceps lässt sich rechts leichter überwinden wie links.

Sensibilität:

Schmerz-, Druck-, Tast- und Temperatursinn sind erhalten bei vollständig normaler Empfindungsleitung.

Reflexe:

Biceps, Triceps und Supinatorreflexe sind stark, aber nicht erhöht.

Untere Extremitäten:

Motilität:

Bei Gehversuchen werden die Beine ataktisch bewegt. Die grobe motorische Kraft ist rechts geringer als links, besonders in den Flexoren.

Sensibilität:

Die Sensibilität ist auf der ganzen rechten unteren Extremität herabgesetzt. Der Stich einer Nadel wird an den meisten Stellen für Druck mit einem Nagel angegeben. In den oberen Partieen, nahe der Schenkelbeuge, ist die Sensibilitätsstörung am meisten ausgesprochen, hier wird der Nadelstich als Fingerdruck empfunden. Die Lokalisation ist rechts und links gestört; die Differenzen betragen mehrere Decimeter.

Centripetale Leitung beiderseits normal. Temperatursinn rechterseits insofern alterirt, als an mehreren circumscripten über die Extremität zerstreuten Stellen kalt als warm, und zwar jedesmal bei öfter wiederholter Untersuchung, empfunden wird. Auch linkerseits befindet sich auf dem Fussrücken eine etwa handtellergrosse Hautpartie, wo kalt als warm gefühlt wird.

Reflexe. Kniephänomene beiderseits sehr gesteigert.

Rumpf. Die normale Empfindung ist auch hier an mehreren Stellen erheblich verändert. Zunächst besteht Anästhesie an einer ganz genau abzugrenzenden Fläche auf der linken Thoraxseite, welche unterhalb der Mamilla beginnt, und deren seitliche Grenzen von der Mitte des Sternums bis jenseits der Axillarlinie in einer Breite von 27 cm. sich erstrecken. Hier wird der Stich der Nadel als Fingerdruck angegeben. Eine gleiche abnorme Sensation lässt sich an einer Hautpartie auf dem Rücken constatieren. Diese Zone hat jedoch eine unregelmässige Form und geringere Ausdehnung: der grössere Teil gehört zur linken, ein kleinerer zur rechten Seite. Ausser dieser abnormen Herabsetzung der Sensibilität findet sich eine krankhafte Steigerung derselben an der Wirbelsäule; bei Druck auf die Gegend des dritten und vierten processus spinosus fährt Patient am ganzen Körper zusammen und giebt die lebhaftesten Schmerzensäusserungen kund.

An der rechten Stirnseite ist eine kleine circumscripte anästhetische Stelle, ebenso auf dem behaarten Kopfe. Letztere, an der ausserdem die Haare ausgefallen sind, ist absolut empfindungslos, während auf der Stirn nur der Stich der Nadel als Fingerdruck angegeben wird.

Ophthalmoskopischer Befund
(von Prof. Uhthoff.)

„Pathologisch-anatomisch nichts nachweisbar. Pupillenreaktion gut, Augenbewegungen im wesentlichen frei, in den Endstellungen einzelne nystagmusartige Zuckungen.

R. A. Sehschärfe = $^4/_{200}$; L. A. Sehschärfe = $^5/_{100}$. Ausser dieser Amblyopie besteht noch concentrische Gesichtsfeldbeschränkung. Auffallend ist die seltsame Angabe des Patienten, dass Blau gar nicht erkannt wird, während Rot und Grün noch gesehen werden. — Der Augenbefund deckt sich alles in allem mit dem, was man als hysterische Amblyopie (Amblyopie und concentrische Gesichtsfeldbeschränkung) bezeichnet; ebenfalls beobachtet man hierbei gelegentlich den teilweisen Verlust der Farbenempfindung."

Epicrise. Werfen wir einen Rückblick auf die mitgeteilte Krankengeschichte, so charakterisierte sich zunächst der Influenzaanfall selbst durch die starken Neuralgieen und sonstigen nervösen Symptome unzweifelhaft als zur nervösen Form gehörig. Dasselbe ist mit dem nach 5 Wochen auftretenden Recidiv der Fall. Die im Anschluss hieran auftretenden epileptiformen Anfälle beweisen zweifellos eine cerebrale Affektion, wahrscheinlich der Meningen; das zugleich bestehende Fieber spricht für den entzündlichen Charakter dieser Affektion. Die später nach weiteren 5 Wochen in dem oben beschriebenen Status ausgeführten Symptome sind dagegen schwer von einer einheitlichen Ursache herzuleiten. Gegen multiple Sklerose spricht, abgesehen von anderem, schon allein der günstige Verlauf. Auch eine multiple Neuritis, auf die vielleicht die circumscripten Anästhesien hindeuten könnten, reicht nicht zur Erklärung aus. Die Vielge-

staltigkeit der Symptome lässt noch am ehesten die Annahme zu, dass es sich um eine funktionelle, der Hysterie verwandte Neurose handelte. Diese Diagnose wird gestützt durch den nervösen Tremor in allen Extremitäten der namentlich rechts schnellschlägig, vibrierend erscheint, durch das Fehlen eigentlicher Lähmungserscheinungen und die Steigerung der Sehnenphänome ohne eigentlich spastische Zustände. Wichtiger wie diese Symptome, die zum teil auch bei anderen Erkrankungen vorkommen können, sind die Abnormitäten im Bereiche der sensiblen Sphäre, also das Vorhandensein fleckweiser bilateraler anästhetischer Zonen (in der rechten Stirn- und linken Thoraxgegend) und die Hyperästhesie an der Wirbelsäule. Letztere ist eins der häufigsten hysterischen Stigmata. Auch die Einengung des Gesichtsfeldes und die Achromatopsie findet sich nach Charcot nur bei der Hysterie, zuweilen auch nach epileptischen Anfällen, dann aber nur vorübergehend. Ausserdem aber spricht für die Annahme einer nicht organischen Erkrankung ganz wesentlich der Umstand, dass die Krankheitserscheinungen, die anfangs in sehr hohem Grade ausgesprochen waren, allmählich immer mehr zurücktraten, so dass Patient schliesslich als geheilt betrachtet werden durfte.

Zum Schlusse sage ich meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. H. Leo für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung meinen herzlichsten Dank.

VITA.

Geboren wurde ich, Paul August Wescher, evangelischer Confession, als Sohn des verstorbenen Lehrers Reinhold Wescher und seiner Ehefrau Emma, geborenen Reinhoff, am 12. Oktober 1868 zu Dortmund in Westfalen. Den elementaren Unterricht und die Gymnasialbildung erhielt ich in meiner Vaterstadt. Ich verliess dieselbe Ostern 1888 mit dem Zeugnis der Reife, um mich dem medicinischen Studium zu widmen. Ich ging zunächst nach Erlangen und genügte daselbst meiner halbjährigen Dienstpflicht mit der Waffe beim 5. bairischen Infanterieregiment „Grossherzog von Hessen.“ Aus Gesundheitsrücksichten musste ich indessen mein Studium in Erlangen unterbrechen und den Winter 89/90 im Schwarzwald verleben. Im Sommersemester 1890 wurde ich in Bonn immatrikuliert und bestand daselbst am 14. Juli 1890 das tentamen physicum, am 20. Mai 1892 das examen rigorosum.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Docenten:

In Erlangen: v. Gerlach, Rosenthal, Leo Gerlach.

In Bonn: Binz, Bohland, Doutrelepont, Eigenbrodt, Finkler, Geppert, A. Kekulé, Koester, Leo, Nussbaum, Pflüger, Ribbert, Saemisch, Schiefferdecker Schultze, Trendelenburg, Ungar, von la Valette St. George, Veit, Witzel.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen aufrichtigen Dank.

THESEN.

I. Die Heilung der Phthisis pulmonum kann nur eine relative sein.

II. Die sicherste Methode zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist der Eihautstich.

III. Die Heilung der Lungenschwindsucht ist auch heute noch trotz Tuberkulin und Tuberkulocidin am ehesten durch eine Anstaltsbehandlung im Hochgebirge zu erzielen.

IV. Der Atropinkatarrh beruht auf einer Idiosynkrasie.